



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA NO  
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ADULTO MAYOR DE LA  
PARROQUIA MARIANO MORENO, GUALACEO- AZUAY 2015**

**Tesis previa a la obtención del Título de Especialista  
en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Autora:** Md. Elva María Paucar Paredes  
C.I. 0104784434

**Director:** Dr. Marco Ribelino Ojeda Orellana  
C.I. 0103280079

Cuenca – Ecuador

2017

## RESUMEN

**Introducción:** el envejecimiento de la población crece a pasos acelerados, sumando a ello, el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles por la mala adherencia terapéutica, estilos de vida inadecuados y déficit de apoyo familiar generando gastos sanitarios elevados y disfuncionalidad familiar.

**Objetivo:** determinar la prevalencia y los factores asociados que influyen en la no adherencia terapéutica del adulto mayor en la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo-Azuay, 2015.

**Material y Métodos:** se realizó un estudio cuantitativo transversal, en 253 adultos mayores pertenecientes a la parroquia rural de Mariano Moreno del Cantón Gualaceo. Se aplicó el instrumento de recolección de datos para conocer las características sociodemográficas. El formulario estructurado por Bonilla y de Reales para identificar el grado de no adherencia, CAGE para detección de riesgo de alcoholismo, FFSIL para la funcionalidad familiar y el cuestionario de Charlson para las comorbilidades. Las variables fueron expresadas en frecuencias absolutas y el chi cuadrado para determinar asociaciones.

**Resultados:** la prevalencia de no adherencia terapéutica en adultos mayores fue de 70,4%. Se hallaron asociaciones significativas entre la no adherencia terapéutica y la edad mayor a 75 años, RP: 1,27 (IC 1,0 -1,4); estado civil casado RP: 1,40 (IC 1,2-1,6); analfabetismo RP: 1,34 (IC 1,1 -1,5); familia no nuclear RP: 1,34 (IC 1,1 -1,5) y disfuncionalidad familiar RP: 1,37 (IC 1,1-1,6). Sin embargo, la no emigración del familiar cercano es un factor protector para la adherencia RP de 0,72 (IC 0,6-0,8). No se hallaron asociaciones con las comorbilidades y el alcoholismo.

**Conclusiones:** existe alta prevalencia en la no adherencia terapéutica de los adultos mayores asociados al analfabetismo, edad mayor de 75 años, disfuncionalidad familiar y la emigración de familiar cercano, siendo la adherencia un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinario en los grupos etarios.

**PALABRAS CLAVE:** Adherencia terapéutica; Adulto Mayor; Familia; Factores Asociados.

## ABSTRACT

**Introduction:** The aging of the population grows at a rapid pace, adding to it chronic diseases that cannot be transmitted due to poor therapeutic adherence, inadequate lifestyles and family support deficits, resulting in high health expenses and family dysfunction.

**Objective:** To determine the associated factors that influences the not-adherence of the elderly in the Mariano Moreno Parish Gualaceo-Azuay, 2015.

**Material and Methods:** A cross-sectional quantitative study was carried out on 253 elderly adults from the rural parish of Mariano Moreno del Canton Gualaceo. The instrument of data collection was applied to know the sociodemographic characteristics. The form structured by Bonilla and Reals to identify the degree of nonadherence, CAGE to detect risk of alcoholism, FFSIL for family functionality and the Charlson questionnaire for comorbidities. Variables were expressed in absolute frequencies and chi square to determine associations.

**Results:** The prevalence of nonadherence in older adults was 70.4%. Significant associations were found between nonadherence and age greater than 75 years, PR: 1.27 (CI 1.0 -1.4); Married civil status RP: 1.40 (CI 1.2-1.6); Illiteracy RP: 1.34 (CI 1.1 -1.5); Non-nuclear family RP: 1.34 (CI 1.1 -1.5) and familial dysfunction RP: 1.37 (CI 1.1-1.6). However, the non-emigration of the close relative is a protective factor for RP adherence of 0.72 (CI 0.6-0.8). There were no associations with comorbidities and alcoholism.

**Conclusions:** There is a high prevalence of not-adherence in the treatment of older adults associated with illiteracy, age 75 and older, familial dysfunction and the emigration of a close relative. Adherence is a complex process that requires a multidisciplinary approach in the age groups.

**KEYWORDS:** Therapeutic adherence; Elderly; Family; Associated Factors.

## INDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>INDICE.....</b>	<b>4</b>
<b>DERECHOS DEL AUTOR.....</b>	<b>6</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>8</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>10</b>
1.1 INTRODUCCIÓN .....	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.3.- JUSTIFICACIÓN .....	14
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>16</b>
2.- FUNDAMENTO TEÓRICO .....	16
2.1 ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....	16
2.2 LA FAMILIA Y ADULTO MAYOR.....	18
2.3 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE. ...	21
2.4 ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	22
2.5 FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA .....	24
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>29</b>
3.1 HIPÓTESIS.....	29
3.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIVGACIÓN.....	29
3.2.1.- OBJETIVO GENERAL .....	29
3.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	29
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>30</b>
4.-DISEÑO METODOLÓGICO .....	30
4.1 Diseño general de estudio.....	30
4.2 Criterios de inclusión y exclusión .....	30
4.3 Métodos, técnica e instrumentos para obtener la información.....	31
4.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos .....	32



---

4.5 VARIABLES.....	32
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>33</b>
5. Resultados .....	33
5.1 Cumplimiento del estudio .....	33
5.2 Características de la población de estudio:.....	33
5.3 Análisis de los resultados .....	33
6.1. DISCUSIÓN .....	42
7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	46
7.1. CONCLUSIONES.....	46
7.2 RECOMENDACIONES.....	47
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>58</b>



## DERECHOS DEL AUTOR



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

Elva María Paucar Paredes, autora de la tesis, **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA MARIANO MORENO, GUALACEO- AZUAY 2015"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser un requisito para la obtención de mi título como especialista en Medicina Familiar. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 07 de Abril de 2017

Elva María Paucar Paredes.

C.I. 0104784434



## RESPONSABILIDAD



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

Los criterios vertidos en el presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de Elva María Paucar Paredes, autora de la tesis **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA MARIANO MORENO, GUALACEO- AZUAY 2015"**.

Cuenca, 07 de Abril de 2017

Elva María Paucar Paredes.

C.I. 0104784434



## DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios por brindarme la vida, sabiduría, fortaleza espiritual y permitir culminar esta investigación.

A mis padres por ser mi guía y sembrar en mí, semillas de superación con sus enseñanzas y amor brindado en este camino recorrido.

A mi esposo Cesar e hijos: Sebastián y William quienes han sido mi inspiración y compañía en este trayecto, dándome aliento y apoyo incondicional para lograr este objetivo a pesar de las adversidades.

**Elva María Paucar Paredes**



## **AGRADECIMIENTO**

Mi más sincero agradecimiento a las personas que compartieron sus conocimientos conmigo para poder culminar la tesis como es el director Dr. Marco Ribelino Ojeda por darme la apertura y ser guía en la investigación.

Al Dr. Julio Jaramillo Oyervide por darme su amistad, confianza y paciencia cuando parecía que no había salida.

Al centro de salud de Mariano Moreno, en especial a su población por permitirme llegar a sus hogares y brindarme la información necesaria y sincera para realizar la tesis y obtener un resultado satisfactorio.

Finalmente retribuir mi gratitud a mis padres, hermanas/os y esposo por la paciencia, tolerancia y estímulo constante, al impulsarme a continuar a pesar de muchos obstáculos y barreras en el trayecto de la investigación.

**Elva María Paucar Paredes**

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

En la actualidad debido a los avances científicos y tecnológicos, el envejecimiento de la población mundial, ha tenido un impacto sustancial por el advenimiento de los tratamientos efectivos para las enfermedades infecciosas e incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo la principal carga económica y logística para los sistemas sanitarios <sup>(1)</sup>.

En el año 2010, la población geriátrica mundial fue de 6,5%, cifra que se eleva al 12,5% en el 2014, con un estimado de 22% para el año 2050 <sup>(2)</sup>. Datos de la CEPAL indica que en América Latina y El Caribe habitan 9,8% de adultos mayores, con un alcance de 16,7% para el 2030 <sup>(3)</sup>; es decir, uno de cada cuatro latinoamericanos tendrá más de 65 años <sup>(4)</sup>. En el Ecuador habitan 15,5 millones de personas, de los cuales el 7% está representado por los adultos mayores, cifra que se elevará a 18% para el 2050 <sup>(3)</sup>. En la provincia del Azuay corresponde a 7,9%, con prevalencia del género femenino en un 60,8 % <sup>(5)</sup>.

El envejecimiento al ser un proceso fisiológico e irreversible de la vida humana <sup>(6)</sup>, es también un problema universal por los riesgos implicados en ello, con elevada tasa de morbi- mortalidad, impidiendo un envejecimiento saludable, por lo tanto, la familia cumple un rol importante en esta etapa, ya que el adulto mayor deja de ser productivo por la limitación de sus funciones físicas y mentales, lo que lleva al aislamiento de su medio social, por consiguiente a la disfuncionalidad familiar si no se realiza acciones preventivas <sup>(7)</sup>.

El 1 de Octubre de cada año se celebra el “Día internacional de las personas Mayores”, su propósito es mejorar la vida cotidiana, considerando las actitudes negativas y discriminatorias que enfrentan, lo que repercute en su salud y bienestar <sup>(8)</sup>.

El padecimiento de las enfermedades crónicas asociado al envejecimiento y la mala adherencia terapéutica, es un fenómeno complejo que requiere interacción multidisciplinaria con el fin de proyectar alternativas tanto farmacológicas como no farmacológicas, de esta manera evitar complicaciones en el futuro <sup>(9)</sup>.

Datos indican que a nivel mundial, el 50% de los adultos mayores incumplen en la terapia <sup>(10)</sup>. Existen varios factores relacionados a ello, tales como: a) asociados al paciente que incluye la condición socioeconómica, creencias, comorbilidades, redes de apoyo y la funcionalidad familiar; b) asociado al sistema de salud enfocado a la relación médico - paciente; c) relacionado a la terapia y la enfermedad <sup>(11)</sup>. Por este motivo es fundamental estudiar los factores que influyen en la no adherencia terapéutica, por ser un aspecto importante en la atención del paciente geriátrico.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La susceptibilidad de los adultos mayores sumado al padecimiento de las enfermedades degenerativas y el déficit en la adherencia al tratamiento implica dependencia económica y social, lo cual genera un alto costo en la salud y desequilibrio familiar <sup>(12)</sup>. En el año 2014, el 12% de la población mundial fue representada por el adulto mayor, esperando un alcance al 22% para el 2050 <sup>(13)</sup>, el 14.6% corresponde a los Cubanos, mientras que en América Latina fue de 6.7% <sup>(14)</sup>. Datos del INEC 2010 informa que la población geriátrica en el Ecuador es del 6%, cifra que se eleva al 7,4% en el 2020, con un estimado del 18% para el año 2050, con una tasa de crecimiento anual de 1,6% <sup>(5)</sup>, donde existe mayor residencia en la Sierra (596.429) seguido de 589.431 en la región costanera, de los cuales, el 11% de los adultos mayores viven solos <sup>(15)</sup>.

Con el envejecimiento se avecina el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles responsables a nivel mundial del 82% de muertes al año. El 75% de las defunciones corresponden a los

países de ingresos bajos y medio, de tal manera que, cada año fallecen 1,5 millones de personas menores de 70 años <sup>(16)</sup>. La mortalidad anual corresponde a problemas cardiovasculares (17,5 millones), seguidas de 8,2 millones por cáncer, 4 millones debidas a enfermedades respiratorias y 1,5 millones por la diabetes <sup>(2)</sup>. En el Ecuador, la primera causa de muerte en la población adulta es debido a la hipertensión arterial con un 30,3%, seguido de la diabetes en un 28,3%, registrando un mayor porcentaje en el sexo masculino (50,9%) <sup>(17)</sup>.

A nivel mundial, entre el 20 y 50% de los pacientes no presentan adherencia terapéutica <sup>(11)</sup>, en España su valor oscila del 7,1 al 66,2%; representado para la diabetes en el 12,1% y el 6,7% para problemas cardíacos <sup>(18)</sup>. El 50% de los pacientes incumplen al tratamiento en el primer año de diagnosticada la enfermedad, logrando un buen control solo el 25 – 34% <sup>(19)</sup>. Además, la OMS estima que en Estados Unidos el 51% de los pacientes cumplen con el tratamiento <sup>(20)</sup>. Desde el punto de vista de la teoría de los sistemas, las enfermedades crónicas se enmarcan dentro de las crisis para-normativas debido a la capacidad en la desorganización del sistema familiar, ya que el adulto mayor por su enfermedad, necesita el apoyo tanto físico como emotivo para lograr una adherencia al tratamiento <sup>(21)</sup>, sin embargo, el resultado bajo es atribuida a factores de riesgo como: hábitos alimenticios, inactividad física, creencias y tabaquismo <sup>(22)</sup>. Por lo tanto, la familia es la base fundamental en la toma de decisiones, vigilancia de la enfermedad y ejecución de las acciones, proporcionando un ambiente favorable, evitando de esta manera un aislamiento social <sup>(23)</sup>. Ante esto, la funcionalidad familiar es un proceso que se debe ir reajustando constantemente de acuerdo al ciclo vital que se encuentra la familia <sup>(24)</sup>. La adherencia terapéutica se ve influenciado por varios factores tales como:

1.- Factor socioeconómico: Un importante porcentaje de adultos mayores de la zona rural son analfabetos lo que dificulta la lectura y comprensión de las prescripciones e indicaciones médicas. La OMS indica que el 20% los costos

de la salud pública son debidas abandono del tratamiento <sup>(25)</sup>. Según datos obtenidos del INEC 2010, el 49,7% de las mujeres y 34,3% de los hombres mayores de 65 años que pertenecen al área rural son analfabetos, esta cifra desciende a 19,5% para las mujeres y 12,8% para los hombres en la zona urbana, cabe recalcar que el 45% de población ecuatoriana de adultos mayores viven en condiciones de pobreza <sup>(26)</sup>.

2.- Factor del sistema de salud: Hace hincapié al modelo autoritario, déficit de la medicación, vías de acceso que impiden lograr un control y adherencia terapéutica en la población geriátrica <sup>(27)</sup>.

3.- Factores relacionados con el paciente: El adulto mayor tiende a olvidarse o confundir su tratamiento y no desea administrar la medicación por miedo a las reacciones adversas influenciado en sus creencias y mitos sobre la ingesta de fármacos <sup>(28)</sup>. El alcohol está asociado a la mala adherencia terapéutica; datos obtenidos por el INEC 2010 indica el consumo de alcohol a nivel nacional de 2,3% en mujeres y 6,6% para hombres que viven en la zona rural <sup>(15)</sup>.

4.- Factor relacionado con la enfermedad y tratamiento: Del 70 y 90 % de los adultos mayores padecen una o más enfermedades <sup>(6)</sup>, de los cuales, el 65% ingieren fármacos, lo que refleja el consumo de tres veces más que los jóvenes <sup>(29)</sup>. En el año 2010 (SABE-ECU 2010), informó que la población anciana rural consume en promedio 3.8 (+/-2.7) fármacos, siendo en mayor porcentaje en el género femenino <sup>(30)</sup>.

La parroquia Mariano Moreno se caracteriza por ser predominantemente rural. Esto podría tener repercusiones en las relaciones sociales de los adultos mayores por la distancia de su vivienda, vías de acceso, la emigración, menor apoyo de sus familiares, por ende un déficit en la adherencia a su tratamiento.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados que influyen en la no adherencia terapéutica en los adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo - Azuay, 2015?

### **1.3.- JUSTIFICACIÓN**

Actualmente, el Ecuador se encuentra dentro del proceso de transición demográfica, con elevado número de personas mayores de 65 años, asociado al padecimiento de enfermedad crónica no transmisible y el déficit en la adherencia al tratamiento. Para obtener una buena adherencia terapéutica, se requiere un enfoque multidisciplinario, cuyo fin, no es solamente conseguir el cumplimiento en la administración del fármaco, sino en modificar los factores que influyen en la progresión de la enfermedad, donde el médico, el paciente y la familia constituyen el factor clave para el éxito en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y limitarlo cuando exista, de esta manera lograr la homeostasis familiar.

A nivel científico, esta investigación ofrece una visión detallada de los factores asociados que influyen en la no adherencia terapéutica de los adultos mayores en esta comunidad, además aporta estadísticas actuales sobre prevalencias en población rural, que se podría extrapolar y ser anexada en revistas.

Esta información se pondrá a disposición de la Facultad de Ciencias Médicas, a quienes se les entregará una copia de los resultados del estudio. Los beneficiarios directos serán los adultos mayores y sus familiares; de manera indirecta favorecerá a la comunidad quienes tendrán a su disposición información actualizada sobre la adherencia terapéutica en este medio.



La medicina familiar al tener los principios de accesibilidad, integralidad y continuidad, nos permite el acercamiento a las familias, en especial a los adultos mayores, mediante las visitas domiciliarias según dispensarización, no solo para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad sino para entender el verdadero impacto que produce en la sociedad, de esta manera obtener una buena adherencia terapéutica que es una implicación activa y voluntaria, mediante la modificación en los estilos de vida, retomando las experiencias exitosas y cambiando aquellas que no han sido satisfactorias, sin que esto signifique sufrimiento, donde se logre entender que el envejecimiento es una etapa más del ciclo de vida que debemos disfrutarlo y no ver como algo insignificante para la comunidad.

## CAPÍTULO II

### 2.- FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

Debido a la transición demográfica, la reducción en la tasa de natalidad, el incremento en el promedio de años de vida, surge un aumento en el proceso de envejecimiento poblacional asociado al deterioro económico, físico y mental con repercusión a nivel individual, familiar y comunitario, por lo que el apoyo sistémico es fundamental para evitar crisis familiar en el futuro <sup>(31)</sup>.

El envejecimiento es la etapa final del ciclo vital del ser humano, considerado por la OMS superior a los 65 años, cuya clasificación es de la siguiente manera: adulto mayor joven de 65-74 años, adulto mayor medio entre 75- 84 años y las personas con edad superior a 85 años como adulto mayor avanzado <sup>(32)</sup>. Además, al ser un proceso fisiológico, irreversible, dinámico e inevitable, limita la adaptación e interacción personal y social, impidiendo el goce de su salud <sup>(6)</sup>.

Datos de World Population Prospects señala que entre los años 1950 y 1980 la población mundial envejecida se mantuvo en el 8%, esta cifra en el año 2000 se elevó al 10% <sup>(33)</sup>; mientras que en 2014 fue de 7.200 millones, con estimación de ascenso de este valor para el 2030 a 16.6% y para el 2050 a 21,4%, es decir, uno de cada cinco personas será adulto mayor <sup>(13)</sup>. De esto, la cuarta parte corresponde a los países subdesarrollados <sup>(34)</sup>. Además, el 14,6 % de la población Cubana es geriátrica, se estima que para el 2025, uno de cada cuatro cubanos tendrá más de 60 años, siendo la esperanza de vida de 75 años <sup>(14)</sup>.

Información proporcionada por la CEPAL en el 2010, indica que en América Latina y El Caribe habitan 9,8% de adultos mayores, cifra que se elevará a 16,7%, es decir casi el doble, alcanzando a unos 200 millones, por consiguiente, uno de cada cuatro latinoamericanos será mayor de sesenta años para el 2050 <sup>(3)</sup>.



Se indica también que en países industrializados y en vías de desarrollo, la incidencia de esperanza de vida en personas mayores a 65 años fue de 6,7%, con alcance de 8,7% en el 2020; en cambio, para los Ecuatorianos fue de 75 años, con estimado para el año 2050 de 80,5 años en los hombres y 83,5 para las mujeres <sup>(21)</sup>.

En el año 2003, en la “Primera Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento” acontecida en Chile, Ecuador se ubica dentro del “envejecimiento moderado” con una tasa de 6,9% que corresponde a la población geriátrica <sup>(35)</sup>. De acuerdo al Censo del 2010, en el Ecuador habitan 813.624 adultos mayores, de los cuales, 60,8% corresponde al género femenino y 54,8% a los hombres. A partir del año 2030 la población empezará a envejecer debido a la disminución en la tasa de fecundidad y mortalidad. El índice de envejecimiento a nivel nacional es de 20% en el área urbana seguido de 21,5% en la zona rural, en relación al género en el área urbana el 22,5% para las mujeres y 18,1% para los hombres, en comparación con la rural que no existe diferencia significativa (21,9% y 21,2%) <sup>(17)</sup>.

### **Cambios en el envejecimiento**

Durante el envejecimiento, el ser humano sufre cambios anatómicos, psicológicos y sociales, con mayor susceptibilidad a la aparición de enfermedades crónicas <sup>(6)</sup>.

Dentro de los cambios anatómicos resulta a nivel celular, tisular y sistémico<sup>(36)</sup> implicados en ello; el sistema cardiovascular, genitourinario, esquelético, endócrino, digestivo, reproductor y respiratorio, su conocimiento es muy importante para lograr una atención geriátrica integral <sup>(6)</sup>. Los cambios psicológicos generados por la modificación en la morfología cerebral y el sistema nervioso conllevan al deterioro de todas las funciones mentales y al enlentecimiento de la capacidad cognitiva <sup>(37)</sup>.

Finalmente, los cambios progresivos de los sistemas del organismo producen disminución de la capacidad funcional para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, enfrentando el adulto mayor a una redefinición de su ser, siendo menos productivo lo que disminuye el ingreso económico llevando a la resignación de su dependencia familiar y social <sup>(38)</sup>, por lo que es indispensable reconocerlos, para que la persona goce de un envejecimiento saludable reflejado en la interacción con el medio que lo rodea, proporcionando bienestar en su vejez.

## 2.2 LA FAMILIA Y ADULTO MAYOR

La Organización de las Naciones Unidas(ONU) lo define a la familia como el **«grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado, por lo general, al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos»** <sup>(7)</sup>. Sin embargo, esta definición en la actualidad está en desuso debido al retaso en la salida de los hijos y la emigración; por ende una familia extensa con el acompañamiento y cuidado de los nietos.

Por lo tanto, la familia es un espacio complejo ligada al desarrollo cultural y social condicionado por el desarrollo de sus roles y funciones, por el contrario, el desinterés y desapego de sus miembros, crea situaciones de abandono familiar que repercute en la vida del adulto mayor debiendo acoplarse a entornos como dependencia y pérdida de poder dentro del hogar<sup>(39)</sup>, de esta manera, la familia constituye la primera red de apoyo afectivo y económico que tiene el adulto mayor encaminado en la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad <sup>(40)</sup>.

En el año 2012, resultados de Censo y población indican que el 39,6% de los hogares Cubanos está constituido por persona sola, con una edad media de 69 años, seguido del 65% de familia nuclear conformada por dos adultos mayores <sup>(41)</sup>. En Colombia el 8% de los adultos mayores se encuentra en situación de abandono familiar, un 32.4% viven con familiares sin conflicto y un 32% vive con cónyuge de similar edad <sup>(42)</sup>. Mientras que, los hogares

ecuatorianos están constituido por familia nuclear en un 32,5% y el 24,7% de familia ampliada o extenso donde vive al menos un adulto mayor <sup>(17)</sup>.

Además, se evidencia que para el 41,2% de los ecuatorianos, la familia es lo más importante, de los cuales el 56,6% corresponde a Cuenca; seguida del trabajo en un 16% <sup>(5)</sup>. La familia como un sistema es la fuente básica en busca de estrategias y recursos para mantener el equilibrio, de acuerdo a ello, la adaptación a los cambios depende del nivel de la funcionalidad familiar. Es así que, en la familia funcional debe existir el cumplimiento de los objetivos de sus miembros, asignados por la historia y la sociedad a la que pertenecen con la satisfacción de intereses afectivos y sociales de las personas <sup>(7)</sup>.

Ponce y Cools definen dos aspectos que se relacionan a la familia con adultos mayores: a) La influencia de la familia en el progreso de la enfermedad, que puede afectar tanto positiva como negativamente; b) La familia como recurso de información e instrumento donde analiza las causas y consecuencias que puede producir el apoyo al familiar anciano. Cabe recalcar que para vivir en armonía cada integrante debe conocer sus funciones, roles y límites dentro del microsistema familiar, así mismo según *De la Revilla*, la familia debe cumplir las funciones básicas de “**comunicación, afectividad, apoyo, adaptabilidad, autonomía**”, mediante la obtención de reglas y normas claras <sup>(21)</sup>.

J. Tomas y M. Bargada (2002) proponen criterios para la diferenciación entre la familia funcional y disfuncional, citando los siguientes:

#### 1.- Familia funcional:

- a) Establecimiento de las relaciones positivas satisfaciendo las necesidades afectivas y económicas de los miembros que lo conforman.
- b) La comunicación clara y asertiva de la familia para evitar confrontaciones y competencias internas, transmitiendo valores éticos y culturales.

c) Existencia de flexibilidad en los límites y roles.

2.- En la familia disfuncional:

a) No tienen buena comunicación entre los miembros que lo conforman.

b) No hay negociación en la familia.

c) No son atendidos los sentimientos y opiniones de los demás.

d) Los límites de la familia son imprecisos y rígidas.

e) Las funciones de los miembros no están claras ni limitadas <sup>(43)</sup>.

Para el análisis de la funcionalidad familiar, es importante resaltar que la familia es un sistema constituido por subsistema conformada por miembros del hogar en permanente interacción a través de la comunicación, las mismas que generan retroalimentación mutua, además se encuentra dentro del macro-sistema que es la sociedad, una red de apoyo importante en caso de crisis <sup>(23)</sup>. Por esta razón, el análisis causa-efecto es sustituido por el enfoque sistémico para poder llegar al centro del conflicto familiar y por ende a la disfuncionalidad familiar <sup>(44)</sup>.

La funcionalidad de la familia es evaluada mediante la aplicación de FF-SIL propuesta por Ortega de la Cuesta y Días que enfoca diversas cualidades como: a) Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar situaciones y toma de decisiones; b) Armonía: al facilitar un equilibrio emocional; c) Comunicación: mediante la transferencia de experiencias y conocimiento claro y directo; d) Adaptabilidad: habilidad para cambiar de estructura, relación de roles ante la crisis; e) Afectividad: demostración de sentimientos y emociones positivas; f) Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas en la familia; g) Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir ayuda de otras familias e instituciones <sup>(45)</sup>.

En Tabasco, México, estudio realizado en adultos mayores con depresión, se identificó la funcionalidad familiar en 51%; disfunción moderada en 35% y disfunción grave en un 14% <sup>(46)</sup>. Mientras que, en el año 2012, estudios realizados en pacientes diabéticos que acudieron al Hospital Moreno Vásquez del Cantón Gualaceo, evidenció que el 45% obtuvieron una disfuncionalidad familiar leve <sup>(47)</sup>.

En conclusión, se puede recalcar, que el envejecimiento poblacional va acompañado del proceso de modernización en donde existe educación más amplia, la migración que sustituye el modelo funcional y nuclear de familias especialmente de las zonas rurales, volviéndose disfuncionales y por ende produciendo una ***“disminución en la valoración social de la vejez”*** <sup>(48)</sup>, por lo que debemos tener presente al momento de realizar el abordaje geriátrico integral.

## 2.3 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE.

En la actualidad nuestro país sufre cambios irreversibles en la estructura poblacional por el incremento de los adultos mayores, lo que obliga al Ministerio de Salud Pública, crear estrategias para enfrentar un enorme desafío por los bajos niveles de calidad de vida especialmente en el área rural, llevando al padecimiento de enfermedades crónicas en donde el paciente necesita mayor vigilancia sistémica <sup>(49)</sup>.

Las Enfermedades crónicas no transmisibles como: problemas cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades pulmonares crónicas son patologías que van evolucionando lentamente y se acentúa aún más con el envejecimiento. A nivel mundial, en el año 2010, la morbilidad por enfermedad crónica correspondió al 54% y se estima que para el 2020 superará el 65% <sup>(50)</sup>. Mediante su intervención reducirá en un 70%, por lo que el paciente junto a su familia tienen el compromiso de su propio cuidado y la adherencia a los tratamientos evitando en el futuro complicaciones que disminuyen su condición de vida y su independencia <sup>(16)</sup>.

Aproximadamente 17 millones de muertes anuales en el mundo se debe a enfermedades cardiovasculares, de los cuales el 45% es producido por cardiopatías y el 51% por accidente cerebrovascular, involucrando a la hipertensión arterial como responsable de 9,4 millones de fallecimientos <sup>(51)</sup>. En países de desarrollo medio y bajo, la mortalidad por enfermedades crónicas corresponde al 80%, en comparación con el 20% en países industrializados <sup>(52)</sup>, en donde, la patología cardiovascular provoca al año 1,9 millones de muertes seguidas del cáncer en 1,1 millones <sup>(53)</sup>. En el Ecuador (INEC 2010) se registró la muerte por cardiopatía isquémica de 6,5%, siendo la hipertensión la primera causa con una prevalencia del 28,7%; es decir tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos; de estos, el 41% saben que son hipertensos, un 23% reciben tratamiento y el 6,7% tienen un control adecuado (Consenso Latinoamericano) <sup>(15)</sup>.

En cambio, el 7% de la población geriátrica mundial padece de la diabetes, en América Latina corresponde a 26 millones, dentro de esto, se pronostica un aumento hasta 39.9 millones para el año 2030 considerando para los Cubanos un 20,1% <sup>(52)</sup>. En Estados Unidos cerca del 90% de personas mayores de 65 años padece de una enfermedad crónica y el 73% tiene dos o más de estas entidades <sup>(2)</sup>.

El tratamiento de estas patologías en el adulto mayor puede ser farmacológico y no farmacológico. Nos enfocaremos en la segunda que implica investigar los factores que influyen en la adherencia mediante una adecuada relación médico-paciente buscando la confianza, en donde el paciente entienda que la enfermedad es lenta y degenerativa que requiere tratamiento durante su vida, asociado al apoyo familiar y social para poder superarlo <sup>(54)</sup>.

## 2.4 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El control de las enfermedades crónicas no transmisibles requiere cambios a nivel de estilo de vida y una rigurosa adherencia terapéutica siendo

fundamental para el bienestar del adulto mayor. La adherencia terapéutica es un término que enmarca varias definiciones.

En el pasado, se utilizaba “cumplimiento terapéutico” que hace referencia a la voluntad pasiva del paciente en obedecer las órdenes del médico en la administración del medicamento, pero esto ha modificado debido al enfoque unidireccional que presentaba y dejaba de lado otros elementos fundamentales relacionados a la adherencia como los psicológicos y motivacionales <sup>(11)</sup>.

Los autores DiMatteo y DiNicola, lo definen a la adherencia como "***una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado***"<sup>(55)</sup>. En la actualidad esta definición es utilizada por la organización mundial de la salud y la Red Mundial de adherencia a la terapia de larga duración, también es el más abordado en las publicaciones científicas <sup>(29)</sup>.

Por lo tanto, la adherencia lo entendemos como un comportamiento triangular, donde existe la intervención del paciente que participa de manera voluntaria y activa, el médico que dirige las indicaciones tanto en la terapia como las modificaciones en el estilo de vida y la familia como pilar fundamental en la toma de decisiones, para que de esta manera, se obtenga un resultado satisfactorio en la salud del adulto mayor <sup>(56)</sup>.

A nivel mundial, estudios revelan que la adherencia terapéutica tiene una prevalencia de 50% en países desarrollados y 20% en los subdesarrollados, de los cuales solo del 6-12% de los pacientes siguen el tratamiento de una forma rigurosa <sup>(50)</sup>, en España su valor oscila entre el 7,1 y 66,2% <sup>(28)</sup>. Aproximadamente el 50% de los pacientes incumplen el tratamiento en el primer año de diagnosticada la enfermedad, de esto, el 25 – 34% tiene bien controlada su enfermedad <sup>(57)</sup>. La OMS indica que en Estados Unidos el 51% de los pacientes cumplen el tratamiento, seguido de China en un 46% <sup>(20)</sup>.

En consecuencia, la adherencia asociado al envejecimiento es un problema de gran envergadura que genera repercusión física, económica y dentro de la sociedad <sup>(58)</sup>.

A nivel físico nos referimos al empeoramiento de su salud lo que implica mayor costo sanitario, peores resultados terapéutico y elevados ingresos hospitalarios, adquiriendo como resultado el síndrome de fragilidad en donde el paciente geriátrico se vuelve dependiente, vulnerable y por ende, una carga para el macro- sistema <sup>(6)</sup>.

En cuanto a las consecuencias psicosociales los adultos mayores crean situaciones de estrés ante la enfermedad, llevando a problemas de ansiedad, depresión que afecta la calidad de vida y el bienestar de las familias con adultos mayores <sup>(51)</sup>.

## 2.5 FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En la actualidad a pesar de la existencia de fármacos eficaces para el tratamiento de las enfermedades en los adultos mayores, no se ha logrado controlarlo debido a varios factores que influyen en la adherencia. La OMS sistematiza en grandes grupos: a) factor socioeconómico, b) asociado al sistema sanitario, c) relacionado al paciente, d) relacionado a la enfermedad y tratamiento <sup>(59)</sup>.

**1.- Factor socioeconómico y demográfico:** Hace referencia a la disponibilidad y accesibilidad del adulto mayor a la adquisición del tratamiento, ya que las personas se vuelven vulnerables por las enfermedades crónicas que limitan su capacidad de producción <sup>(60)</sup>. Dentro de este factor se involucra: la educación, migración, edad, género, el ingreso económico y la urbanización de los adultos mayores.

**Edad:** EL hecho de ser un paciente mayor no favorece la adherencia terapéutica por ser inversamente proporcional, es decir, a mayor edad menor adherencia afectando su calidad de vida <sup>(61)</sup>.



**Género:** Trabajos realizado por Rodríguez y Pedan <sup>(62)</sup> indica que el sexo femenino presenta un mayor incumplimiento que el masculino, con un porcentaje del 62,86%. En un meta-análisis se observó que el 10% las mujeres tienen más probabilidades de no adherencia en relación a los hombres. En Reino Unido las mujeres tienen desventaja económica ya sea por el ingreso laboral, plan de jubilación privada donde la remuneración es inferior a los hombres, por lo tanto existe menor cantidad de ingresos económicos, por ende no pueden adquirir la medicación <sup>(63)</sup>.

**Nivel educativo:** En Colombia el 72.4% de las personas tiene un nivel instructivo primaria o menor, lo que limita la comprensión de las recomendaciones e instrucciones prescrita, provocando una mala adherencia terapéutica <sup>(51)</sup>. Mientras que en el Ecuador durante el Censo 2010 se registró que el analfabetismo está presente en el 49,7% de las mujeres y 34,3% en los hombres mayores de 65 años que pertenecen al área rural y en el área urbana corresponde a 19,5% para las mujeres y 12,8% para los hombres <sup>(26)</sup>.

**Urbanización y migración:** Este aspecto está relacionado con la emigración de las personas a diferentes lugares del mundo. En el Ecuador, la emigración en el área rural es debido al trabajo en hombres 81,9% vs 70,7% para las mujeres, siendo así, que la pobreza es más común en zona rural que en la urbana; por lo que se puede evidenciar que el 45% de población ecuatoriana anciana viven en condiciones de pobreza, efecto que acarrea un déficit en la adherencia terapéutica <sup>(17)</sup>.

**Ingreso económico:** Los adultos mayores reciben ingresos provenientes de familiares y otras suministradas por el gobierno a través del bono de desarrollo humano <sup>(3)</sup>. Datos reportados por la ENIGH 2012, indican que, en el Ecuador del total de los ingresos corrientes de los hogares donde vive al menos un adulto mayor, el 30% proviene de las remesas enviados por sus familiares <sup>(30)</sup>. Además, el adulto mayor de la zona rural carece de empleo llevando como consecuencia a pérdidas en la economía familiar <sup>(64)</sup>.

El 50% de las personas mayor de 65 años en América Latina y el Caribe carecen de recursos económicos. Una de cada tres personas no tiene empleo o están jubilados por lo cual encarece su situación y se sienten una carga para la familia y la sociedad <sup>(65)</sup>.

En la “Encuesta de Ingresos y Gastos de Costa Rica” (2004), se evidenció un porcentaje del 19% de los adultos mayores no recibía ningún ingreso económico, de los cuales cuatro de cada cinco personas eran mujeres <sup>(66)</sup>.

Mientras que en Cartagena, un estudio relacionó la condición económica y el riesgo de no adherirse en un 18%, en contraste, con el 82% que se encuentra en categoría sin riesgo de adherirse <sup>(67)</sup>.

**2.- Relacionado con el sistema de salud:** La deficiente adherencia terapéutica en el adulto mayor se debe a: servicio de salud poco desarrollada, déficit en la medicación, sobrecarga de trabajo administrativo y consultas de muy corta duración lo que interfiere en una buena relación médico paciente. Según la OMS, la interrupción o abandono del tratamiento encarece hasta el 20 % de los costos relacionados a la salud pública <sup>(29)</sup>.

Del mismo modo, el 50% de las personas con padecimientos crónicos tienen un tratamiento poco eficiente por lo que es necesario re-direccionar los servicios de salud para obtener la atención de calidad y calidez, mediante el diseño de estrategias e implemento del nuevo modelo de atención permitiendo de esta manera tomar decisiones oportunas para controlar la enfermedad y preservar la calidad de vida del paciente anciano <sup>(67)</sup>.

Estudio realizado en Argentina en el año 2012, demuestra que el 68% de los pacientes tienen buena adherencia debido a la empatía con el personal de salud y un 12% presentó riesgo moderado de no adherirse <sup>(68)</sup>. La relación médico-paciente apropiada y de calidad debe tener un lineamiento participativo para que exista confianza mutua y una comunicación abierta y fluida en la toma de decisiones y así orientar sobre el tratamiento y estilos

de vida saludable, al tomar en consideración de que el paciente no es un cumplidor sino actor de la indicaciones del médico <sup>(69)</sup>.

Evidencia científica revela que entre, el 30 y 50% de los adultos mayores no siguen la indicación médica correctamente y el 90% toman la medicación menor que la prescrita <sup>(70)</sup>. Esto hace referencia a que el 74% de los médicos creen que sus pacientes tienen buena adherencia, a diferencia del 83% de los pacientes que no informan sobre el cumplimiento de la terapia indicada, es decir no existe una buena comunicación médico- paciente <sup>(71)</sup>.

**3.- Relacionado con el paciente:** Enmarca a la personalidad del adulto mayor, ya que por el mismo hecho del envejecimiento, asociado al deterioro cognitivo y sensorial tienden a olvidarse o confundir su tratamiento o en algunos caso no desean administrar la medicación de forma voluntaria por miedo a las reacciones adversas por sus creencias y mitos sobre la ingesta de fármacos relacionados con su salud <sup>(72)</sup>.

Según estudios, el 13% de adultos mayores no cumple con las recomendaciones de estilo de vida, el 42% se olvida de la toma del medicamento, el 50% comete error en la dosificación del fármaco, el 3% presenta duplicación en la medicación, el 23% ha tenido efecto colateral <sup>(56)</sup> y 9% ha referido intolerancia al tratamiento <sup>(73)</sup>.

En un estudio realizado en Argentina el 64,8 % considera que los “remedios naturales” son más seguros que los medicamentos tradicionales, lo cual se relaciona con el crecimiento de las medicinas alternativas y complementarias en este país <sup>(74)</sup>.

También existe la influencia del alcohol ya sea por sus tradiciones consumen alcohol y se olvidan de la medicación. En la encuesta del 2010 realizado por el INEC se evidencia que a nivel nacional, 2,3% mujeres y 6,6% hombres que viven en el área rural consumen alcohol <sup>(5)</sup>.

**4. Factores relacionados a la enfermedad y el tratamiento:** Están asociados a la comorbilidad, su gravedad, prevalencia de discapacidad, su progresión y la polifarmacia <sup>(75)</sup>. Del 70 a 90 % de los adultos mayores presenta una o más enfermedades y consumen medicamentos tres veces más que los jóvenes <sup>(28)</sup>. Esto puede dar lugar a las siguientes categorías de incumplimiento según la clasificación establecida por B. Blackwell: **a) errores de omisión; b) toma del medicamento por una razón confusa; c) errores en la dosis; d) errores en el seguimiento de la terapia; e) medicamento no prescrito asociado al tratamiento** <sup>(76)</sup>.

Sin embargo, la terapia confusa, la cantidad de medicación prescrita, el incumplimiento en los tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento causan los efectos colaterales y mala adherencia terapéutica por lo que la disponibilidad del apoyo social tanto material, emotivo e informativo son indispensables para la adherencia terapéutica <sup>(19)</sup>. La complejidad en el régimen fármaco-terapéutico es una causa importante que influye en la adherencia deficiente <sup>(77)</sup>.

Estudios revelan que a mayor número de recetas prescritas mayor es el grado de incumplimiento, es decir, los pacientes con mayor prescripción al año siguiente tenían un 8% más de no adherencia en comparación con los que tenían menos indicación. Los resultados de 14 estudios realizados sobre el cumplimiento medio de dosis-tiempo fue de  $59\% \pm 24\%$  <sup>(78)</sup>.

Además los adultos mayores son susceptibles a la polifarmacia, es decir deben consumir más de 3 medicamentos, lo que dificulta la adherencia terapéutica <sup>(6)</sup>. Datos indican que el 65% de adultos mayores consumen fármacos, dentro de ello, el 90% toma diariamente la medicación. En Australia el 15% consume más de 4 fármacos y se eleva al 41% en paciente mayor de 75 años <sup>(79)</sup>. Mientras que, en el Ecuador la población anciana rural consumen en promedio 3.8 fármacos, siendo en mayor porcentaje en sexo femenino <sup>(30)</sup>. En Estados Unidos el 44% de hombres y 57% de mujeres ancianos ingieren más de cinco fármacos y un 12% más de 10 fármacos <sup>(80)</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 HIPÓTESIS**

La prevalencia de la no adherencia terapéutica en adultos mayores es superior al 50% y se asocia significativamente a factores como: edad, género, estado civil, instrucción, ingreso económico, emigración del familiar, comorbilidad, consumo de alcohol, tipología familiar y disfuncionalidad familiar.

### **3.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.2.1.- OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia y factores asociados a la no adherencia terapéutica en adultos mayores de la parroquia Mariano Moreno, Gualaceo - Azuay en el periodo 2015.

#### **3.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

3.2.2.1.- Describir las características sociodemográficas según: edad, género, estado civil, instrucción y ocupación en el adulto mayor de la parroquia Mariano Moreno, Gualaceo- Azuay.

3.2.2.2.- Determinar la prevalencia de la no adherencia terapéutica en el adulto mayor de la parroquia Mariano Moreno, Gualaceo- Azuay.

3.2.2.3.- Identificar los factores asociados a la no adherencia terapéutica como: ingreso económico, funcionalidad familiar, tipología familiar, comorbilidad, consumo de alcohol y emigración del familiar en el adulto mayor de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo- Azuay.

3.2.2.4.- Establecer la relación entre los factores asociados con la no adherencia terapéutica en los adultos mayores de la parroquia Mariano Moreno- Azuay.

## CAPÍTULO IV

### 4.-DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 Diseño general de estudio

##### 4.1.1 Tipo de estudio

Se realizó el estudio epidemiológico de corte transversal analítico.

**4.1.2. Área de investigación:** La investigación fue realizada en la Parroquia Mariano Moreno del Cantón Gualaceo, provincia del Azuay, en el año 2015.

**4.1.3 Universo de estudio:** El universo estuvo constituido por adultos mayores de la parroquia Mariano Moreno en un total de (N=253).

**4.1.4 Selección y tamaño de la muestra:** La población de estudio fue el total de los adultos mayores de la parroquia Mariano Moreno que corresponde a 253 pacientes. Por lo tanto el universo y la muestra se corresponden.

##### 4.1.5. Unidad de análisis y observación.

Adultos mayores pertenecientes a la parroquia Mariano Moreno con criterios de inclusión.

#### 4.2 Criterios de inclusión y exclusión

##### 4.2.1 Criterios de inclusión:

- Personas adultos mayores pertenecientes a la parroquia Mariano Moreno.
- Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado.

##### 4.2.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes adultos mayores que no deseen participar.
- Pacientes con discapacidad intelectual.

- Pacientes que no se encuentren presentes al momento de recolección de datos.

### **4.3 Métodos, técnica e instrumentos para obtener la información**

El método utilizado fue observacional, la técnica de entrevista estructurada y el instrumento, el formulario de recolección de datos.

#### **4.3.1 Método para la recolección de información e instrumentos a utilizar.**

Para la recolección de datos se identificaron a los adultos mayores por medio de la búsqueda en la base de datos del Sub-centro de salud de Mariano Moreno, mediante las visitas domiciliarias se informó sobre los aspectos de la investigación y su participación en el estudio previo consentimiento informado.

Se utilizó los siguientes instrumentos:

Para identificar los aspectos sociodemográficos se utilizó el formulario establecido (ANEXO1) que fue aplicado directamente a los adultos mayores durante las visitas domiciliarias.

Se aplicó el cuestionario modificado de Bonilla y de Reales <sup>(81)</sup> para determinar la prevalencia de la no adherencia terapéutica. Este test tiene 0,6 de alfa de cronbach, obteniendo el siguiente puntaje: 0 a 17 no hay adherencia, de 18 a 37 existe una adherencia parcial y de 38 a 48 adherencia total. En el presente estudio la adherencia parcial y total fue considerada como adherencia y la no adherencia el resto del puntaje. Para identificar la funcionalidad familiar se utilizó la escala FF-SIL <sup>(82)</sup>, considerando de :70 a 57 puntos familia funcional, 56 a 43 familia moderadamente funcional, 42 a 28 disfuncional y 27 a 14 severamente disfuncional.

También se realizó el test de Cage para determinar las conductas de riesgo como el alcohol en los adultos mayores. La presencia de comorbilidad fue estimada mediante la escala de Charlson <sup>(83)</sup>, la cual clasifica en: ausencia de comorbilidad (0 a 1); comorbilidad baja (2 puntos) y comorbilidad alta (3 o + puntos).

#### **4.3.2 Técnica de procesamiento de la información**

La información fue procesada mediante el programa estadístico SPSS 15.00 (Statistical Product and Service Solutions para Windows) versión evaluación y el Epi Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

En el análisis se manejaron las siguientes estadísticas: frecuencias y porcentajes, se utilizó la prueba de chi cuadrado para medir la fuerza de asociación entre variables y la razón de prevalencia con intervalo de confianza del 95% para identificar los factores de riesgo o protectores entre las variables asociadas. Los resultados fueron presentados en tablas simples y de doble entrada. Los resultados de las pruebas estadísticas fueron considerados como significativos cuando  $p < 0,05$ .

#### **4.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos**

La presente investigación se realizó con la aprobación de comisión de bioética de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca. Posteriormente se realizó la recolección de la información mediante la entrevista a los adultos mayores previo consentimiento informado (ANEXO 2), siendo ingresada en el sistema de forma anónima garantizando de esta manera el principio de la confidencialidad y durante la entrevista los pacientes fueron identificados por su nombre.

#### **4.5 VARIABLES**

##### **4.5.1 Operacionalización – Matriz de variables. (ANEXO 3 - 4)**



## CAPÍTULO V

### 5. Resultados

**5.1 Cumplimiento del estudio:** La presente investigación fue concluido con normalidad entrevistando a 253 adultos mayores de un total de 279 seleccionado para el estudio de los cuales 26 personas cumplieron con los criterios de exclusión: Diez adultos mayores no desearon participar porque viven solos y no tienen confianza en el personal de salud; tres tienen discapacidad intelectual y el resto no se encontró en su hogar debido a la emigración a Gualaceo y Estados Unidos.

**5.2 Características de la población de estudio:** El estudio se realizó en personas de ambos sexos correspondiente a las edades mayores de 65 años pertenecientes a la parroquia Mariano Moreno.

### 5.3 Análisis de los resultados

Los resultados son expuestos de la siguiente manera:

Para analizar los datos demográficos se utilizó el porcentaje y frecuencia. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas (porcentaje).

**TABLA N° 1**

**Características sociodemográficas de la población estudiada: adultos mayores de la parroquia Mariano Moreno, Gualaceo – Azuay 2015.**

Distribución según características demográficas		Estadística descriptiva	
		Frecuencia	%
Grupo Etario (OMS)	65 a 74 años	136	53,8
	75 a 84 años	86	34,0
	85 años y más	31	12,3
Género	Masculino	109	43,1
	Femenino	144	56,9
Estado Civil	Soltero	4	1,6
	Casado	158	62,5
	Unión Libre	2	0,8
	Divorciado	4	1,6
	Viudo	85	33,6
Instrucción	Ninguno	128	50,6
	Primaria	122	48,2
	Secundaria	3	1,2
	Superior	0	0,0
Ocupación	Agricultura	101	39,6
	Comerciante	2	0,8
	Jubilado	5	2,0
	Ninguno	22	8,7
	Quehaceres Domésticos	123	48,6
Total		253	100.0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** De los 253 adultos mayores estudiados: 136 (53,8%) corresponden a la edad comprendida entre 65 – 74 años, siendo la población femenina más prevalente con 56,9%; el 62,5% corresponde al estado civil casado, un significado porcentaje (50,6%) no tienen nivel de educación, seguido de primaria en un 48,2%, además el 48,6% se dedican a los quehaceres domésticos y a la agricultura un 39,6%.

**TABLA Nº 2**

**Prevalencia de la no adherencia terapéutica en el adulto mayor de la parroquia Mariano Moreno, Gualaceo - Azuay, 2015.**

Adherencia terapéutica	Frecuencia	%
Adherencia	75	29,6
No adherencia	178	70,4
Total	253	100.0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** Del total de los adultos mayores estudiados, un porcentaje significativo no tiene adherencia terapéutica (70,4%).

**TABLA Nº 3**

**Distribución de 253 adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo-Azuay 2015, según: ingreso económico mensual del hogar.**

Características de la variable		Frecuencia	%
Ingreso económico	Si	247	97,6
	NO	6	2,4
Ingreso económico mensual del hogar	756 a 1134 \$	0	0
	378 a 755 \$	0	0
	Menos de 378 \$	253	100
	Total	253	100.0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** El 97,6% (n=247) refirió tener ingresos económicos, de los cuales la mayoría fue menor a 378\$ al mes, es decir, el 100% (n=253).

**TABLA Nº 4**

**Distribución de 253 adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo-Azuay 2015, según: frecuencia de comorbilidades.**

Variables		Frecuencia	%
Comorbilidades	Ausencia de comorbilidad	247	97,6
	Comorbilidad baja	4	1,6
	Comorbilidad alta	2	0,8
	Total	253	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** El 97,6% de los adultos mayores no tienen comorbilidad, en contraste con el 0,8% que presento comorbilidad alta.

**TABLA N° 5**

**Distribución de 253 adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo- Azuay 2015, según: *enfermedades crónicas prevalentes*.**

Variable		Frecuencia	%
Enfermedades crónicas prevalentes	Hipertensión Arterial	117	46,2
	Diabetes Mellitus	6	2,4
	Dislipidemias	19	7,5
	Cardiopatías	1	0,4
	Evento cerebro vascular	1	0,4
	Otros(artrosis, osteoporosis)	85	33,6
	Ninguno	24	9,5
	Total	253	100.0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** De los 253 adultos mayores estudiados, el mayor porcentaje padecen de hipertensión arterial correspondiendo al 46,2%, seis pacientes presentan diabetes mellitus tipo 2 y el 33,6% padecen de otras enfermedades como: artrosis, osteoporosis.

**TABLA N° 6**

**Distribución de 253 adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo-Azuay 2015, según: *emigración del familiar***

Variables		Frecuencia	%
Emigración del familiar	Hijos	195	77,1
	Hermanos	7	2,8
	Nieto	20	7,9
	Esposo	2	0,8
	Ninguno	29	11,5
	Total	253	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** El 77,1% de los adultos mayores estudiados tienen hijos que han emigrado (n=195).

**TABLA Nº 7**

**Distribución de 253 adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo-Azuay 2015, según: *frecuencia de consumo de alcohol*.**

Variable		Frecuencia	%
Consumo de alcohol	Bebedor social	229	90,5
	Consumo de riesgo	16	6,3
	Consumo perjudicial	7	2,8
	Dependencia alcohólica	1	0,4
	Total	253	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** El 90,5% de los adultos mayores estudiados se comportan como bebedores sociales, seguido de un 6,3% con consumo de riesgo.

**TABLA Nº 8**

**Distribución de 253 adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo-Azuay 2015, según: *frecuencia de funcionalidad familiar*.**

Variable		Frecuencia	%
Funcionalidad familiar	Familia funcional	8	3,2
	Familia moderadamente funcional	82	32,4
	Familia disfuncional	136	53,8
	Familia con disfunción severa	27	10,7
	Total	253	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** De los adultos mayores en estudio el 53,8% de familia disfuncional, seguido de familia moderadamente funcional (n=82).

**TABLA Nº 9**

**Distribución de 253 adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo-Azuay 2015, según: *tipología familiar*.**

Variable		Frecuencia	%
Tipo de familia	Solo/a	57	22,5
	Nuclear	134	53,0
	Extensa	62	24,5
	Total	253	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** De acuerdo tipo de familia, el 53,0% corresponde a familia nuclear (n=134), seguida de familia extensa (24,5%).

**TABLA Nº 10**

**Factores asociados a la no adherencia terapéutica en el adulto mayor de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo- Azuay 2015.**

	Característica de variables	No adherencia		Adherencia		Total		Valor p
		#	%	#	%	#	%	
Grupos etarios	65- 74 años	85	33,6	51	20,2	136	53,8	p=0.004
	75 -84 años	65	25,7	21	8,3	86	34,0	
	85 años y más	28	11,1	3	1,2	31	12,3	
Genero	Hombre	72	28,5	37	14,6	109	43,1	p=0.193
	Mujer	106	41,9	38	15,0	144	56,9	
Estado Civil	Soltero	4	1,6	0	0,0	4	1,6	p=0.001
	Casado	97	38,3	61	24,1	158	62,5	
	Unión Libre	1	0,4	1	0,4	2	0,8	
	Divorciado	3	1,2	1	0,4	4	1,6	
	Viudo	73	28,9	12	4,7	85	33,6	
Instrucción	Ninguno	103	40,7	25	9,9	128	50,6	p=0.002
	Primaria	73	28,9	49	19,4	122	48,2	
	Secundaria	2	0,8	1	0,4	3	1,2	
	Superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Emigración Familiar	Hijos	128	50,0	67	26,5	195	77,1	p=0.002
	Hermanos	6	2,4	1	0,4	7	2,8	
	Nieto	17	6,7	3	1,2	20	7,9	
	Esposo	0	0,0	2	0,8	2	0,8	
	Ninguno	27	10,7	2	0,8	29	11,5	
Tipología Familiar	Persona sola	50	19,8	7	2,8	57	22,5	p=0.000
	Familia nuclear	81	32,0	53	20,9	134	53,0	
	Familia extensa	47	18,6	15	5,9	62	24,5	
Funcionalidad Familiar	Funcional	2	0,8	6	2,4	8	3,2	p=0.000
	Moderadamente funcional	49	19,4	33	13,0	82	32,4	
	Disfuncional	101	39,9	35	13,8	136	53,8	
	Disfunción severa	26	10,3	1	0,4	27	10,7	
Comorbilidad	Ausencia	174	68,8	73	28,9	247	97,6	p=0.441
	Baja	2	0,8	2	0,8	4	1,6	
	Alta	2	0,8	0	0,0	2	0,8	
Consumo de alcohol	Bebedor social	157	62,1	72	28,5	229	90,5	p=0.281
	Consumo de riesgo	14	5,5	2	0,8	16	6,3	
	Consumo perjudicial	6	2,4	1	0,4	7	2,8	
	Dependencia alcohólica	1	0,4	0	0,0	1	0,4	
Total		178	70,4	75	29,6	253	100,0	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** Dentro del estudio realizado a 253 adultos mayores de la Parroquia Mariano Moreno del Cantón Gualaceo relacionado a los factores asociados encontramos los siguientes resultados:

La edad menor a 75 años, es decir, anciano joven tiene relación estadísticamente significativa con la no adherencia terapéutica alcanzando un valor  $p$  0,004.

El género no tiene relación con la adherencia terapéutica ya que no tiene significancia (su valor  $p > 0.05$ ).

El estado civil casado tiene relación con la no adherencia terapéutica ya que es estadísticamente significativo con su valor  $p$  0.001.

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el analfabetismo y la no adherencia terapéutica (valor chi cuadrado de 12,770 y un valor de  $p$  0.002) donde a mayor nivel de educación mayor adherencia.

La emigración de los hijos y la no adherencia terapéutica tiene asociación estadísticamente significativa por su valor  $p$  0.002 y el chi cuadrado de 16,86.

Existe relación de significancia entre las variables de tipología familiar y la no adherencia terapéutica con un valor  $p$  0.000(valor chi cuadrado de 15,43) donde los adultos mayores que viven en familia nuclear tienen menor adherencia terapéutica.

Se evidenció una disminución de la adherencia en las familias disfuncionales (39,9%) que es estadísticamente significativa con un valor  $p$  0.000.

El consumo de alcohol y la comorbilidad no es estadísticamente significativo ya que su valor  $p$  es mayor a 0.005.

**TABLA Nº 11**

**Razón de prevalencia de los factores asociados a la no adherencia terapéutica en el adulto mayor de la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo- Azuay 2015.**

Factores asociados		Estatus de adherencia		Total	Razón de Prevalencia / Intervalo de confianza	Chi cuadrado (gl/1)	(p)
		No Adherente	Adherente				
Edad	> 75 Años	93 (36,8%)	24 (9,5%)	117 (46,2%)	1,271 (IC 1,084-1,491)	8,701	0,0032
	<75 Años	85 (33,6%)	51 (20,2%)	136 (53,8%)			
Estado Civil	Soltero/Viudo	80 (31,6%)	13 (5,1%)	93 (36,8%)	1,404 (IC 1,211-1,628)	17,304	0,000
	Unión libre/casado	98 (38,7%)	62 (24,5%)	160 (63,2%)			
Instrucción	Analfabeto	103 (40,7%)	25 (9,9%)	128 (50,6%)	1,341 (IC 1,135-1,584)	12,704	0,0004
	Con Instrucción	75 (29,6%)	50 (19,8%)	125 (49,4%)			
Emigración Familiar	Cercano(Hijo/Esposo)	128 (50,6%)	69 (27,3%)	197 (77,9%)	0,727 (IC0,643-0,834)	12,356	0,0004
	Lejano(nieto/hermano)	50 (19,8%)	6 (2,4%)	56 (22,1%)			
Familia Nuclear	No	97 (38,3%)	22 (8,7%)	119 (47,0%)	1,348 (IC 1,147-1,584)	13,409	0,0003
	Si	81 (32,0%)	53 (20,9%)	134 (53,0%)			
Funcionalidad Familiar	Disfuncional	127 (50,2%)	36 (14,2%)	163 (64,4%)	1,374 (IC 1,127-1,676)	12,551	0,0004
	Funcional	51 (20,2%)	39 (15,4%)	90 (35,6%)			
Consumo de alcohol	Alcoholismo	7 (2,8)	1 (0,4)	8 (3,2)	1,253 (0,95-1,64)	1,164	0,280
	Riesgo	171 (67,6)	74 (29,2)	245 (96,8)			
Comorbilidad	Si	4 (1,6)	2 (0,8)	6 (2,4)	0,946 (0,53- 1,57)	0,040	0,841
	No	174 (68,8)	73 (28,9)	247 (97,6)			
Total		75 (29,6)	178 (70,4)	253 (100%)			

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Elva María Paucar Paredes.

**Interpretación:** Se aplicó la razón de prevalencia entre los factores asociados y la no adherencia terapéutica en los adultos mayores, para ello se agrupó a las variables en forma dicotómica únicamente para el manejo estadístico de las mismas, obteniendo que:



El pertenecer al grupo etario mayor de 75 años de edad es un factor de riesgo que incrementa en 1,27 veces la no-adherencia terapéutica con intervalo de confianza de: 1,084 - 1,491 y un valor p 0,003.

El estar casado o en unión libre incrementa el riesgo para no adherencia terapéutica con una razón de prevalencia de 1,40 veces y un valor p de 0.0004 que es estadísticamente significativo.

Los adultos mayores analfabetos tienen más riesgo de no adherencia al tratamiento indicado por su razón de prevalencia de 1,34 comprobado por su valor p 0,0004 lo cual nos indica que es estadísticamente significativo.

La no migración de familiares cercanos (hijos/esposo) incrementa la adherencia terapéutica en un 27,3% apareciendo en esta investigación como un factor protector.

Los adultos mayores que viven con familia extensa o solos tienen 1,34 veces más riesgo de no adherencia terapéutica corroborando con un valor p de 0.0003.

La familia disfuncional en los adultos mayores es un factor de riesgo para la no adherencia incrementado 1,37 veces más, valor que se corrobora con el valor p 0,004 lo cual nos indica que es estadísticamente significativo.

No se evidenció asociación significativa entre consumo de alcohol, comorbilidad y con la no adherencia terapéutica.

## CAPÍTULO VI

### 6.1. DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica en adultos mayores es motivo de preocupación ya que por su envejecimiento son propensos a padecer enfermedades crónicas no transmisibles siendo necesario identificar los factores que interfieren en la adaptación al tratamiento.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) indica la no adherencia terapéutica en un 50% en pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles <sup>(11)</sup>. J. Mediavilla, en una revisión sistemática de 27 estudios sobre adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, indica que la prevalencia de adherencia oscila entre 38,5% y 93,1% <sup>(84)</sup>. Estos datos concuerdan con el presente estudio donde se pudo constatar que el 70,4% de los adultos mayores de la parroquia Mariano Moreno no tienen adherencia al tratamiento.

**Edad:** Estudios realizados por Alba Dios M, et al, en adultos mayores con enfermedades crónicas polimedicados en centro de atención primaria de Córdova <sup>(85)</sup> indican que los pacientes a mayor edad tienen menor adherencia terapéutica, datos que concuerdan con nuestra investigación donde el 36,8% de los adultos mayores de 75 años no tienen adherencia terapéutica, es decir, a mayor edad, menor adherencia. Frente a esto se puede recalcar que el envejecimiento acarrea cambios fisiológicos del organismo como por ejemplo: la visión, audición, memoria que lo hacen más susceptibles de adquirir enfermedades crónicas teniendo mayor dificultad en seguir las recomendaciones del personal de salud.

**Género:** En un meta-análisis se realizó la comparación entre el género y la adherencia terapéutica observando que las mujeres tenían un 10% más probabilidades de no adherencia (odds ratio 1,10) <sup>(63)</sup>. En contraste, Rojas L, et al; demostraron en un estudio en Chile que las mujeres tienen mejor adherencia que los varones esto puede enmarcar en el rol que tiene la mujer dentro de la familia <sup>(29)</sup>. Trabajos realizados <sup>(51)</sup> indican que el sexo femenino presenta un mayor incumplimiento que el masculino en un porcentaje del 62,86%. En una revisión bibliográfica cualitativa en base de datos sobre

incumplimiento terapéutico, Jing Jin y colaboradores indicaron que el género no es un buen indicador en la adherencia terapéutica <sup>(61)</sup>. En nuestra investigación se obtuvo una asociación no significativa entre el género y la adherencia terapéutica. Esto ilustra, la relevancia de las investigaciones para identificar la epidemiología de la adherencia terapéutica en el contexto comunitario relacionado al género.

**Estado Civil:** Datos obtenidos por Arévalo Astudillo et al, en un estudio de 151 pacientes hipertensos en Cuenca, quienes demostraron que, el no tener pareja estable es un factor de riesgo para la adherencia terapéutica <sup>(56)</sup>. Estudios realizados por DiMatteo concluyó que la adhesión a las recomendaciones médicas fue mayor en los pacientes casados <sup>(44)</sup>. Datos que contrarrestan con el presente estudio en donde el estado civil casado/ unión libre está asociado con la no adherencia terapéutica.

**Nivel Educativo:** El analfabetismo es otro factor que determina la no adherencia terapéutica. Salcedo y Gómez en un estudio realizado a 282 hipertensos en Colombia indicaron que el 72.4 % tiene una nivel instructivo primaria o menor lo que limita la comprensión de las recomendaciones e instrucciones prescrita provocando una mala adherencia terapéutica <sup>(51)</sup>. En el Ecuador el analfabetismo está presente en el 49,7% de las mujeres y 34,3% en los hombres mayores de 65 años que pertenecen al área rural <sup>(26)</sup>. Estudio realizado por Arias y Pérez en Quito, observaron que la instrucción es un factor relacionado a la adherencia terapéutica, mientras mayor grado de instrucción tienen, mayor es la adherencia <sup>(86)</sup>.

En el presente estudio se realizó la tabla dicotómica entre adultos mayores que no tuvieron educación y el otro grupo que incluye la primaria incompleta, completa, secundaria y superior obteniendo un porcentaje de 40,7% que no tienen adherencia terapéutica, datos que concuerdan con los estudios anteriores. Los adultos mayores sin instrucción no consiguen la adherencia al tratamiento lo cual puede deberse a que no son capaces de entender la importancia de adherirse adecuadamente y las consecuencias largo plazo si no se cumplen las recomendaciones.

**Tipología Familiar:** Se formó 2 grupos que incluye en el primer grupo: persona sola y familia extensa y en el otro grupo familia nuclear obteniendo los siguientes resultados, las familias que no son nucleares son más propensos a la no adherencia terapéutica en un 38,3%. En estudios realizados en Colombia, se pudo notar que el 8% de los adultos mayores se encuentra en situación de abandono familiar, un 32,4% viven con familiares sin conflicto y un 32% vive con cónyuge de similar edad <sup>(42)</sup>. Los hogares ecuatorianos están constituidos en primer lugar por familias nucleares en un 32,5%, seguido de los ampliados o extenso en un 24,7% donde vive al menos un adulto mayor <sup>(30)</sup>. Además si los pacientes viven solos y no son capaces de leer indicaciones o etiquetas de medicamentos, la adherencia se torna imposible.

**Funcionalidad Familiar:** El apoyo familiar en pacientes ancianos tiene gran importancia para su adherencia por la compañía y el apoyo que los familiares pueden ofrecer. Bernal y Cols, confirman que la familia es la primera red de apoyo que posee el adulto mayor relacionado con la promoción de salud, prevención y control de la enfermedad, encontrando en su estudio que un 9.5% de pacientes no adherentes tienen insuficiente red de apoyo <sup>(87)</sup>. Aguilar T y colaboradores realizaron en México un estudio en 290 pacientes con enfermedad crónica viendo que el 59,3% de las familias funcionales tenían apego al tratamiento <sup>(45)</sup>. En un estudio en Lima de casos y controles en pacientes diabéticos se pudo notar que el 66% de familias eran funcionales, esto ayuda en tener menos probabilidad de dificultad en la adherencia terapéutica <sup>(88)</sup>. En el presente estudio, la familia disfuncional tiene menor adherencia en comparación con la funcionalidad familiar. Los adultos mayores siempre necesitan el apoyo de sus familiares ya sea emocional o física en especial cuando presentan enfermedades crónicas debido a la limitación en sus funciones.

**Emigración del familiar cercano:** Se encontró asociación significativa entre la no emigración del familiar cercano que se comporta como un factor protector para la adherencia terapéutica en el adulto mayor. No existen

estudios sobre este factor por lo que es muy importante realizar investigaciones en el futuro.

**Comorbilidades:** En este estudio, no se consiguió asociación entre la presencia de comorbilidades con la déficit en la adherencia terapéutica. Esto podría deberse a la conformación de nuestra muestra, donde 97,6% careció de comorbilidades y el resto sólo presentó un nivel bajo. La incorporación de comorbilidades es un factor de riesgo importante para la no adherencia terapéutica, como producto de la menor autonomía y polifarmacia asociada. Braunstein et, al; en un estudio de pacientes mayores de 65 años con enfermedad crónica constató que a mayor número de comorbilidades menor es la adherencia terapéutica <sup>(75)</sup>. Por lo que requieren estudios ulteriores con mayor tamaño en la muestra para determinar la verdadera naturaleza de la relación entre esta variable.

Tampoco se obtuvo una asociación significativa del consumo de alcohol y la no adherencia a la terapia en los adultos mayores.

## CAPÍTULO VII

### 7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1. CONCLUSIONES

7.1.1. La prevalencia de la no adherencia terapéutica fue alta en la población geriátrica de Mariano Moreno, con el porcentaje de 70,4%.

7.1.2. Se hallaron asociaciones significativas entre la no adherencia terapéutica con el nivel educativo y la edad siendo elevado en adultos mayores de 75 años que no tienen instrucción.

7.1.3. La no emigración del familiar es un factor protector para la adherencia terapéutica, hallando una asociación significativa.

7.1.4 De manera significativa la disfuncionalidad familiar se comporta como factor de riesgo en la no adherencia terapéutica.

7.1.5 La mayoría de los adultos mayores en este estudio pertenecieron a las familias no nucleares teniendo asociación significativa con la no adherencia terapéutica.

## **7.2 RECOMENDACIONES**

7.2.1 Al personal sanitario, mejorar la adherencia terapéutica mediante la promoción de la salud y prevención de enfermedades con enfoque en los estilos de vida saludable dedicada a la población en general, con el fin de obtener menor comorbilidad y alcanzar un envejecimiento saludable.

7.2.2 Concientización sobre la importancia de la educación en grupos etarios y el efecto de la emigración a la población rural, de esta manera evitar las consecuencias en el futuro.

7.2.3. Mejorar las redes de apoyo comunitarias y las intervenciones familiares relacionados a la participación activa del adulto mayor en el afrontamiento del envejecimiento con demostración de interés y afecto, para que el adulto mayor se sienta amado y fomente su autocuidado, la cual será reflejada en una buena adherencia terapéutica

7.2.4. La deficiente relación médico paciente debido al modelo autoritario se propone cambiar, para que exista empatía y comunicación logrando una atención geriátrica integral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santosa A, Wall S, Fottrell E, Hogberg U. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. - PubMed - NCBI. 2015 [citado 24 de enero de 2017];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24848657>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. 2010 [citado 2 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
3. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para las personas adultas mayores [Internet]. 2012 [citado 27 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
4. Naranjo Y, Figueroa M, Cañizares R. Envejecimiento poblacional en Cuba. 2015 [Internet]. 2015 [citado 15 de marzo de 2017];17. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212015000300025](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025)
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Base de Datos-Censo de Población y Vivienda 2010 | Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. 2010 [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010/>
6. Antón Jiménez M, Abellán Van Kan G, Alastuey C, Albó Poquí, Alfaro Acha, Alonso Alvarez, et al. Tratado de Geriátrica para Residentes. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) [Internet]. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2007. 816 p. Disponible en: [www.segg.es](http://www.segg.es)
7. Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios: las familias por dentro. Quito Ediciones América [Internet]. 2007 [citado 23 de enero de 2017]; Disponible en: <http://www.semf.ec/joomlasemf/images/PROTOCOLOS/Familias%20por%20Dentro.pdf>
8. Organización Mundial de la salud. Día Internacional de las Personas Mayores 2016 [Internet]. 2016 [citado 13 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/events/idop\\_rationale/es/](http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/)
9. Naranjo–Rojas A. Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria, Cali, 2014 | Naranjo-Rojas | Facultad Nacional de Salud



- Pública [Internet]. [citado 20 de enero de 2017]. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/23474>
10. Castellano-Muñoz P, Miranda-Ruiz A, Sojo-González G, Perea-Milla E, García-Alegría JJ, Santos-Rubio MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria | Enfermería Clínica [Internet]. 2016. [citado 2 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862108707137-S300>
  11. Cruz ES, Galán MGN. Adherencia terapéutica. Enf Neurol (Mex). 2012;11(2):102-4.
  12. Brenes Gilbert. El ritmo de la convergencia del envejecimiento poblacional en América Latina: Oportunidades y retos1. 2010 [citado 18 de enero de 2015]; Disponible en: [http://www.alapop.org/2009/revista/articulos/relap4-5\\_art1.pdf](http://www.alapop.org/2009/revista/articulos/relap4-5_art1.pdf)
  13. Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo, 2014 [Internet]. 2014 [citado 22 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
  14. Miranda Guerra A de J, Hernández Vergel LL, Rodríguez Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [Internet]. 2009 [citado 30 de septiembre de 2016];25. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000300003&script=sci_arttext)
  15. Secretaria Nacional de Panificación y desarrollo. Ecuador. El Bono Demográfico y sus implicaciones de política pública [Internet]. 2013 [citado 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/ESTADISTICA/Proyecciones\\_y\\_estudios\\_demograficos/Proyectos%20y%20Estudios%20demogr%C3%A1ficos%202014/ECUADOR.%20EL%20BONO%20DEMOGRAFICO%20Y%20SUS%20IMPLICACIONES%20DE%20POLITICA%20PUBLICA.pdf](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/ESTADISTICA/Proyecciones_y_estudios_demograficos/Proyectos%20y%20Estudios%20demogr%C3%A1ficos%202014/ECUADOR.%20EL%20BONO%20DEMOGRAFICO%20Y%20SUS%20IMPLICACIONES%20DE%20POLITICA%20PUBLICA.pdf)
  16. Pan American Health Organization. Envejecimiento saludable y enfermedades no transmisibles [Internet]. 2008 [citado 24 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=17755&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17755&Itemid=270)

17. Organización Mundial de la salud. Ecuador [Internet]. 2013 [citado 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=40%3Aecuador&option=com\\_content](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=40%3Aecuador&option=com_content)
18. Moral EG, Barroso AV, de Gracia LJ. Polimedicación en personas mayores. AMF. 2012;8:426–433.
19. Villarreal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). [citado 30 de septiembre de 2016];28(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3952>
20. de la Karin Noack F, Cornejo-Contreras G, de la Karl Noack F, Juan Andrés Castillo L. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. Rev ANACEM. 2013;7(2).
21. Espinal I, Gimeno A, González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Rev Int Sist. 2006;14:21–34.
22. Carhuallanqui R, Diestra G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. 2010. 21(4):197-201.
23. Universidad del Azuay. Medicina familiar. 2009. diciembre de 2009;50:252.
24. Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. Rev Medica Hered. 2012;23(4):229–234.
25. Murray WT, Morrow D, Smith F. Factors Associated With Exacerbation of Heart Failure Include Treatment Adherence and Health Literacy Skills. 2009;651-8.
26. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección Población Adulta Mayor | Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. 2013 [citado 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
27. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga A. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria | Enfermería Universitaria. 2015;12(1):3-11.
28. INFAC. Adherencia al tratamiento farmacológico en patología crónica [Internet]. 2011 [citado 7 de diciembre de 2016]. Disponible en:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/infac\\_v19\\_n1.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf)

29. Lizet V-R. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 [citado 24 de enero de 2017];32(1). Disponible en: <http://www.perurevista.com/index.php/publica/article/view/6405>
30. Freire Wilma B. Ecuador-Encuesta-SABE-presentación-resultados. [Internet]. 2009 [citado 8 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
31. Gijón-Conde T, Graciani A, Banegas R. J. Demografía y características clínicas de la hipertensión resistente en 6.292 pacientes en atención primaria. 5 Febrero 2014. 2014;270-6.
32. Mahler H. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *Crónica OMS*. 2015;40(3):121–128.
33. World Population Prospects. Envejecimiento de la población mundial. [Internet]. 2002 [citado 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.marista.edu.mx/documents/download/33/envejecimiento-de-la-poblacion-mundial>
34. Roses M. Salud en las Américas [Internet]. 2012 [citado 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7&Itemid=113&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=113&lang=es)
35. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento [Internet]. 2003 [citado 17 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/eventos/conferencia-regional-intergubernamental-envejecimiento>
36. López Otin C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M. The Hallmarks of Aging. 2013;1194-217.
37. Park D, Reuter P. The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. 2009;60:173-96.
38. Luong G, Charles S. Better With Age: Social Relationships Across Adulthood [Internet]. 2012 [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3291125/>
39. Zapata-López BI, Delgado-Villamizar N. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011

- [Internet]. 2015 [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0124-00642015000600003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642015000600003)
40. Placeres H J, Rosales L. La familia y el adulto mayor. 2011 [Internet]. 2011 [citado 20 de marzo de 2017];33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010)
  41. Louro Bernal I, Bayarre Veá H, Álvarez Lauzarique ME. Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. 2015 [citado 20 de diciembre de 2016]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000500009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000500009&script=sci_arttext&tlng=en)
  42. Escobar Tobar C. Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida. [Internet]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2011 [citado 18 de enero de 2015]. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Cesar\\_Escobar/publication/257233624\\_Aherencia\\_y\\_Resistencia\\_de\\_pacientes\\_Hipertensos\\_al\\_tratamiento\\_medico\\_que\\_requiere\\_cambios\\_en\\_el\\_modode\\_vida/links/0c960524aeb0ab80fe000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Cesar_Escobar/publication/257233624_Aherencia_y_Resistencia_de_pacientes_Hipertensos_al_tratamiento_medico_que_requiere_cambios_en_el_modode_vida/links/0c960524aeb0ab80fe000000.pdf)
  43. Vargas-Mendoza JE, González-Zaizar C. Escuela para padres: el funcionamiento familiar. *parents school: family functioning*. 2009;1:19-22.
  44. Trujano RS, Ávila López DI, Vega Valero Z, Nava Quiroz C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas [Internet]. 2012 [citado 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.alternativas.me/index.php/numeros-anteriores/26/24-8-estres-familiar-y-adherencia-terapeutica-en-pacientes-con-enfermedades-cronicas>
  45. Aguilar Rivera T, Gonzales M, Pérez Rosete A. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. 2014;21:50-4.
  46. Saavedra Gonzales A, Rangel Torres SL, Duarte Otuño A, Bello Hernández Y. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. 2016;23:24-8.
  47. Beltrán Carreño J, Sola Villena J, Quezada Ramón, A, Maldonado D. Estudio Descriptivo: Impacto de un Club de Diabéticos sobre la Glicemia, Funcionalidad Familiar y Ansiedad. Hospital «Moreno Vázquez». Gualaceo. Octubre 2010 - Marzo 2011. | Beltrán Carreño | Revista Médica HJCA. 2011 [citado 23 de enero de 2017];v:7, Num 2.

Disponible en:  
<http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/32>

48. García Peña M del C, Gutiérrez Robledo LM, Arango Lopera V, Pérez Cepeda M, Abrantes R, Agamez Insignares C, et al. Geriatria para el médico familiar. [Internet]. México: El Manual Moderno; 2012 [citado 24 de enero de 2017]. 444 p. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?id=4uv6CAAAQBAJ&pg=PT44&lpg=PT44&dq=disminuci%C3%B3n+en+la+valoraci%C3%B3n+social+de+la+vejez%E2%80%9D&source=bl&ots=dx2wA6P7-y&sig=Pjs5lid29qApFTW8yFSbb5c3Li8&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=disminuci%C3%B3n%20en%20la%20valoraci%C3%B3n%20social%20de%20la%20vejez%E2%80%9D&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=4uv6CAAAQBAJ&pg=PT44&lpg=PT44&dq=disminuci%C3%B3n+en+la+valoraci%C3%B3n+social+de+la+vejez%E2%80%9D&source=bl&ots=dx2wA6P7-y&sig=Pjs5lid29qApFTW8yFSbb5c3Li8&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=disminuci%C3%B3n%20en%20la%20valoraci%C3%B3n%20social%20de%20la%20vejez%E2%80%9D&f=false)
49. Ovideo SI. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, Montería, 2010. [citado 7 de febrero de 2015]; Disponible en: <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/11057752.pdf>
50. Espinosa Brito A. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles. 2016 [citado 20 de diciembre de 2016];6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300006)
51. Salcedo Barajas A, Gómez Ochoa A. Degrees of risk for therapeutical adherence in persons with arterial hypertension. 2014 [Internet]. 2014 [citado 20 de diciembre de 2016];32(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002014000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000100004)
52. Luher NST, Geymonat AEB, Acuña JNZ. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus Tipo II. Biomedicina. 2015;10(1):20–33.
53. Núñez Montenegro A, Montiel Luque A, Martín Auriolles E, Torres Verdú B. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. 2014;46(5):238-45.
54. Ortega Oviedo SI, Vargas Rosero E. Degree of adherence to treatments in people with cardiovascular risk. Av En Enferm. 2014;32(1):25–32.
55. Martin L, Grau J, Espinosa A. Conceptual framework for evaluating and improving adherence to medical treatment in chronic diseases. 2014 [citado 17 de marzo de 2017];40. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000200007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007)

56. Arévalo Astudillo MP, López González MS, López Sigüenza DV, Martínez Reyes FC. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga*. 10 de marzo de 2016;8(1):8-13.
57. Amaris GEV, Edalcy Month Arrieta. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Rev Científica Salud Uninorte* [Internet]. 2012 [citado 13 de diciembre de 2014];28(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3952>
58. Pérez CV, Javier FG, Martín JO. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *Pharm Care Esp*. 2012;14(6):249.
59. Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF. Perception of adherence to treatment among patients with cardiovascular risk factors. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30(2):163–174.
60. Luga O A, Mc Guire M. Adherence and health care costs [Internet]. 2014. 2014 [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3934668/>
61. Jing J, Grant E, Vernon MSO, Shu CL. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. 2008;269-86.
62. Rodríguez Chamorro M., García-Jiménez E, Pérez Merino E. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. 2012;14:138-45.
63. Lewey J, Shrank W, Bowry A. Gender and racial disparities in adherence to statin therapy: A meta-analysis - *American Heart Journal*. 2013;165:665-78.
64. Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. A Qualitative Approach to Barriers to Adherence to Therapy among the Chronically Ill in Guanajuato, Mexico. *Aquichan*. 2013;13(3):373–386.
65. Hamui-Sutton A, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coriab A, Halabe-Cheremc J. Capital social, pobreza familiar y autopercepción de apoyo en casos de enfermedad respiratoria aguda. *Gac Méd Méx* [Internet]. 2009 [citado 9 de marzo de 2016];145(6). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm096d.pdf>



66. Camacho G. Factores socio-económicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. 2013;31:153-67.
67. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vázquez K. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*. 2011;17(2):223–230.
68. Ríos Álvarez Maricruz, Acevedo- Giles Óscar, González Alberto-Pedraza Avilés. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. Diciembre 2011. diciembre de 2011;19(Nº4):149-53.
69. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria*. 2010;42(4):196–203.
70. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. 2015 [citado 17 de marzo de 2017];16. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol16\\_2\\_15/ang06215.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol16_2_15/ang06215.htm)
71. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vázquez K. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. 2011 [citado 18 de noviembre de 2016]; Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200011&script=sci_arttext)
72. Crotty M, Halbert J, Rowert D, Giles L. An outreach geriatric medication advisory service in residential aged care: a randomised controlled trial of case conferencing [Internet]. 2004 [citado 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/6/612.short>
73. Choudhry N, Fischer M, Avorn J, Liberman J. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21555659?dopt=Abstract>
74. Buendía JA. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso respecto a la medicación antihipertensiva. *Biomédica* [Internet]. 14 de junio de 2012 [citado 9 de marzo de 2016];32(4). Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/421>
75. Murad K, Kitzman D. Frailty and multiple comorbidities in the elderly patient with heart failure: implications for management. 2012. 2012;17:581-8.

76. Smith M A, Ruiz A I, Jirón M. Errores de medicación en el Servicio de Medicina de un hospital de alta complejidad. 2014 [citado 20 de marzo de 2017];142. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000100007&script=sci_arttext)
77. Galiano G MA, Calvo A MS, Feito T MA. Condición de salud de pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. 2013;19(2):57-66.
78. Claxtn A, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. - PubMed - NCBI. 2001;23:1296-310.
79. Pizarro Méndez D. La polimedicación y prescripción inadecuada en adultos mayores. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. 2016;73(619):389–394.
80. Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras Fernández E, Castellano Muñoz P, Suárez Alemán G, Pérez-Trueba E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa | Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2013 [citado 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-conocimientos-percepciones-actitudes-que-intervienen-S1134282X12001327>
81. Bonilla Ibáñez CP, Gutiérrez de Reales E. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. av.enferm. 2014;32(1):53-62.
82. Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil D de la, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cuba Enferm. 1999;15(3):164–168.
83. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.
84. Bravo JJM. Factores asociados con la adherencia las personas con diabetes tipo 2. Diabet Med. 2015;32(6):725–37.
85. Alba Dios MA, Pérula de Torres CJ, Pérula de Torres LA, Pulido Ortega L. Adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedicados de más de 65 años. 2015





[citado 3 de enero de 2017]; Disponible en:  
[http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n2/v16n2\\_03\\_original.pdf](http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n2/v16n2_03_original.pdf)

86. Arias Albuja G, Perez Ramos FV. Valoración de la adherencia a la terapéutica prescrita y sus factores condicionantes en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica esencial tratados en el Hospital Delfina Torres Viuda de Concha [Internet]. Universidad Católica del Ecuador; 2014 [citado 25 de enero de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7280>
87. Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev Investig En Psicol.* 2013;16(1):233–245.
88. Torres G, Avelino W. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014-enero 2015. 2015 [citado 26 de enero de 2017]; Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/4034>



## ANEXOS

### Anexo 1.- Formulario

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN EL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA MARIANO  
MORENO, GUALACEO- AZUAY 2015**

Formulario N° \_\_\_\_\_

**Instructivo:** El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación mediante el cual se explora situaciones relacionados con factores asociados a la no adherencia terapéutica en el adulto mayor de la parroquia Mariano Moreno.

Estimado/a Sr/a: responda todas las preguntas con la mayor sinceridad posible. Este es un formulario anónimo por favor no escriba sus nombres ni sus apellidos. Toda información que brinde es estrictamente confidencial.

1. **Edad** \_\_\_\_\_ en años cumplidos.

2. **Género:** 2.1 Hombre ☐ 2.2 Mujer ☐

3. **Etnia:** 3.1 mestizo ☐ 3.2 indígena ☐ 3.3 otros ☐

4. **Estado civil**

4.1 soltero ☐ 4.2 casado ☐ 4.3. Unión libre ☐ 4.4 Divorciado ☐

4.5 Viudo ☐

5. **Indique su nivel de estudio**

5.1 Primaria incompleta ☐ 5.2 Primaria completa ☐ 5.3 Secundaria ☐  
incompleta

5.4 Secundaria completa ☐ 5.5 Superior ☐ 5.6 Ninguno ☐

6.- **Ocupación Actual ¿A qué se dedica usted actualmente?**

6.1 Agricultura ☐ 6.3 Jubilado ☐ 6.5. Otros ☐

6.2 Comerciante ☐ 6.4 Ninguno ☐ 6.6. Quehaceres domésticos ☐

8. **Núcleo de convivencia ¿Con quién vive usted?**

☐☐☐☐



- 8.1 Solo/a      8.2 con conyuge      8.3 hijos      8.4 nietos ☐      8.5 Cuidador  
8.6 hijo y nieto ☐

**9. Ingreso económico** ¿Percibe usted algún ingreso económico? SI ☐ NO ☐

**Cuánto gana?** .....

**10.- Los recursos obtenidos provienen:**

- 10.1 Bono de desarrollo humano ☐ 10.2 Jubilación ☐ 10.3 De algún familiar ☐  
10.4 Otros ☐

**11. Algún familiar cercano ha emigrado al exterior.**

- 11.1 Hijos ☐ 11.2 hermanos ☐ 11.3 Nietos ☐ 11.4 Esposa/o ☐ 11.5 Ninguno ☐

**12.- ¿Actualmente que enfermedades padece usted?**

- 12.1 HTA2 ☐ 12.2 Diabete ☐ 12.3 dislipemia ☐ 12.5 cardiopatía ☐ 12.6 ACV ☐  
12.7 Otras ☐ 12.8 Ninguno ☐

**13.- Marque con una (x) según la frecuencia con la que presenta las siguientes situaciones.**

**TEST FF-SIL**

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.-Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2.- En mi casa predomina la armonía.					
3.- En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
3.- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
4.- Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
5.- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
6.- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
7.- Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					



8.- Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
9.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
10.-Podemos conversar diversos temas sin temor					
10.- Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
11.-Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
12.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

**14.- Conteste las siguientes preguntas.**

**TEST DE BONILLA**

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
<b>I. FACTORES SOCIOECONÓMICOS</b>			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas:(alimentación, salud, vivienda)			
2. Puede costearse los medicamentos			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de consulta			
6. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados.			
7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento			
<b>II.DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD</b>			

21. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
22. ¿Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace?			
23. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
24. ¿Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias?			
25. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y su enfermera entenderían sus motivos?			
27. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden?			
31. ¿El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			
7. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
III. DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
10. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
13. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
18. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
37. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
38. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			
43. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			



III. DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			
40. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
49. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
52. ¿Cree que es Importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
53. ¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

15. –Conteste las siguientes preguntas.

ESCALA DE CHARLSON

Criterio	Puntaje
Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diurético o vasodilatador. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>bypass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. Mixta, poli mialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un ulcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglucemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas	



de forma repetida y mantenida	
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldestrom y mieloma	
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	

**16.- Marque con una X, las siguientes preguntas:**

**TEST DE CAGE**

PREGUNTA	SI	NO
1.- ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
2.- ¿Le ha molestado alguna vez cuando la gente le critica su forma de beber?		
3.- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma beber?		
4.- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de un chuchaqui?		

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

**Fecha de aplicación:** \_\_\_\_\_

**Firma de la investigadora responsable**



## **Anexo 2.- Consentimiento informado**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**Posgrado de Medicina Familiar y Comunitario**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA  
TERAPEUTICA EN EL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA MARIANO  
MORENO, GUALACEO 2015.**

La presente investigación tiene como director al Dr. Marco Ribelino Ojeda y es realizada por Elva María Paucar Paredes estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Comunitario, Universidad de Cuenca, con la finalidad de realizar la tesis “Prevalencia y factores asociados a la no adherencia terapéutica en el adulto mayor de la Parroquia Mariano Moreno, 2015”, previa a la obtención del título de especialista en medicina familiar.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Una vez que haya comprendido el estudio se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

**Información del estudio.-** En el estudio se investigará la prevalencia de la no adherencia terapéutica y factores asociados en adultos mayores de la parroquia Mariano Moreno, esto se llevará a cabo mediante la aplicación de un formulario de recolección de datos.





**Riesgos del Estudio:** La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física ni emocional.

**Beneficios:** La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá determinar la prevalencia de la no adherencia terapéutica y los factores asociados en esta parroquia.

**Confidencialidad.** La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

**La participación es voluntaria:** La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

**Preguntas:** Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese con la responsable de esta investigación al número 0982751673.

Desde ya le agradezco su participación.

Yo \_\_\_\_\_ Con cédula de identidad \_\_\_\_\_ libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre la participación sin que esto acarree perjuicio alguno. Me ha indicado también que tendré que responder un formulario de recolección de datos. -----

### Anexo 3.- Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta la actualidad	TEMPORAL (Tiempo transcurrido en años)	Número en años.	65-74 Anciano joven 75-84 Anciano medio >85 Anciano avanzado
GENERO	Condición orgánica natural, estructural y funcional que distingue al hombre de la mujer.	Genotipo	Masculino Femenino	SI NO
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	El grado más elevado de estudios realizados o en curso dentro del sistema de educación.	Años aprobados o asistidos	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	SI NO
ESTADO CIVIL	Situación en que se encuentra o no una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	Tipo de estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	SI NO
TIPOLOGIA FAMILIAR	Composición que permite identificar a los miembros de una familia	Tipos de familia(estructura)	Familiogram a	-Nuclear -Familia extensa -Familia corporativa - Personas sin familia
OCUPACION	Actividad física o mental que una persona utiliza para su subsistencia	Actividad laboral	Principal actividad que desempeña la persona	Agricultor Comerciante Profesional Jubilado Quehaceres domésticos Otros
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Método de valoración del cumplimiento tanto farmacológico como no farmacológico	Cumplimiento o no cumplimiento	Puntaje con el Test de Bonilla y de reales	0-17 no adherencia 18-37adherencia parcial 38-48 adherencia total
FUNCIONALI-	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las	Adaptabilidad Cohesión Armonía Comunicación	FF-SIL	De 70 a 57: funcional De 56 a 43: moderadamente



DAD FAMILIAR	etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Afectividad,		funcional De 42 a 28:disfuncional De 27 a 14:severamente disfuncional
CONSUMO DE ALCOHOL	Ingesta de sustancia que forman parte de muchas bebidas como cerveza, vino, aguardiente, etc. y cuyo metabolismo produce efectos tóxicos agudos o crónicos en el organismo	Cuestionario de CAGE	Cuestionario	0-1 bebedor social 2 consumo de riesgo 3 consumo perjudicial
FACTOR ECONÓMICO	Experiencias sociales y económicas que moldean la vida.	ESCALA	Numero de canasta básica	< de 378: precario De 378 a 756: pobre De 756-1134:clase media 1134-1472clase media alta Mayor a 1472 clase alta
INDICE DE COMORBILIDAD	Trastorno que acompaña a la enfermedad primaria	ESCALA DE CHARLSON	Puntaje	0-1 ausencia 2-3 comorbilidad > 3 comorbilidad alta
EMIGRACION DEL FAMILIAR	Salida de personas de un país, lugar o región, para establecerse en otro país, lugar o región.	Emigración del familiar cercano	Cuestionario	Hijos Hermanos Nietos Esposo Ninguno

## Anexo 4.- MATRIZ DE VARIABLES

